

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 21/09/2021 18:10:50  
 Autorizada el: 21/09/2021 18:22:19  
 Impresa el: 21/09/2021 18:22:19

No. Solicitud: NO REPORTADO  
 No. Autorización: (POS - 2078) 3174 - 159498461  
 Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.29138025****CARMONA DE GARCIA EUCARIS**

Edad: 88

Fecha Nacimiento: 31/01/1933

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: VDA EL CONGAL ALCALA VCL

Departamento: VALLE DEL CAUCA 76

Municipio: ALCALA 020

Teléfono afiliado: (2) - 7354141

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico: glagarcia@hotmail.com

I.P.S. Primaria : E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FILAND

Solicitado por : CLINICA LA SAGRADA FAMILIA S.A.S

Nit: 901352353 - 3

Código: 630010174101

Dirección: CRA 15 CL 10 ESQUINA

Departamento: QUINDIO 63

Municipio: ARMENIA 001

Teléfono: (6) - 7466262

Ordenado por: GARAY GARAY JOSE HOLGER

Remitido a : OXIPRO OXIGENO MEDICINALES S.A.S

Nit: 900481014 - 0

Código: 000000000000

Dirección: KR 12 N° 71 - 32 OF. 703

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11

Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono: (1) - 6446062

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

 I679 | ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
E990242	1	PAQUETE INTEGRAL DE SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL MENSUAL (EN CILINDROS Y/O CONCENTRADOR) CON PORTATIL PERMANENTE

**Afiliado cancela de C.Moderadora \$3.500**

EGRESO HOSPITALARIO. SE AUTORIZA OXIGENO DOMICILIARIO CON ORDEN DE OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LITROS POR MINUTO DURANTE 24 HORAS INICIALMENTE POR 1 MES, ADEMAS SOLICITAN CONCENTRADOR, BALA DE TRANSPORTE, BALA DE RESERVA, CÁNULA Y HUMIFICADOR, DIRECCIONALCALA-VALLE CALLE 6 N. 4-02 FRENTE AL TERMINAL TEL

3164497301 ANCIZAR GARCIA

Manejo integral segun guía: SI

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: LORENA HERRERA LOPEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 60 días a partir de la fecha de Autorización.

\* \* Referencia - Cuenta Medica: 3174-198966535  
 Registro impreso por: LORENA HERRERA LOPEZ